

Modello di Domanda

OGGETTO: Disabilità Gravi Adulti (maggiori di anni 18) – Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589/Gab. Del 31/08/2018.

Al Distretto Socio Sanitario D31

Tramite il Comune di _____

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/La sottoscritt _____,

nat ___ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

pec _____

In qualità di:*

- beneficiario interessato
- familiare delegato
- rappresentante legale (specificare il titolo) _____

*barrare la casella di interesse

CHIEDE

PER: Se stesso

o (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

per Soggetto beneficiario

Sig.ra/signor _____

nat ___ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

_____ n. _____ codice fiscale _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____
_____ pec _____

L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018

A TAL FINE , consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- 1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione ;

Allega alla presente, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 ;
- ISEE rilasciato nel corrente anno 2024, corredato da dichiarazione;

ed, inoltre:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

_____, _____
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

Il sottoscritto _____ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D31, ai sensi dell' art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.L gs. N.196/03 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

_____, _____
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE